

後期高齢者医療制度の混乱をめぐって ～個人と世帯の視点から検証～

Confusion in the New Healthcare System for Elderly People in Japan
— Examining Issues from the Personal and Household Perspectives —

小林 成隆, 西川 義明^{※)}

Shigetaka KOBAYASHI, Yoshiaki NISHIKAWA

社会保障制度を持続可能にするための一連の改革として、2004年の年金改革、2005年の介護保険改革、そして仕上げの2006年の医療改革と、事は順調に進むかにみえたが、後期高齢者の医療改革は当初から波乱のスタートとなった。

2007年7月の参議院選で政府・与党が敗北をしたため、後期高齢者医療制度は施行前に保険料の一部凍結等が行われたものの、2008年4月に施行されると予想を超える反発が起こった。そこで政府・与党は、総選挙への思惑から改革の理念を置き去り、財源確保の目途も立たないまま矢継早に軽減策等を打ち出したが、これで収拾が図られるかは疑問である。政治に翻弄された医療改革の行く末には、未だ暗雲が立ち込めている。

In order to make the Japanese social security system sustainable, the Government embarked on a series of reforms: the pension system was reformed in 2004, the long-term care insurance system was introduced in 2005 and to round off, healthcare reforms were introduced in 2006. These reforms seemed to be going smoothly at first; however, the healthcare reform relating to elderly people aged 75 + was plunged into chaos right from the outset.

In July 2007, the ruling party lost their majority in the Upper House elections. The healthcare system for elderly people aged 75 +, despite certain moves being made prior to its enforcement such as the partial freezing of insurance contributions, roused an unexpected amount of opposition when it went into force in April 2008. Thus, apprehensive of the outcome of the forthcoming general election, the Government / ruling party discarded the principles of reform and hastily made proposals such as the reduction of contributions, without having proper recourse to financial provision. It is questionable whether the books would balance. Dark clouds hang over the future of healthcare reform, which is now being buffeted by political winds.

キーワード : 個人単位, 世帯単位, 広域連合, 新たな負担

Key Words : Personal Basis, Household Basis, Regional Body, New Burden

※) 社団法人 名古屋市シルバー人材センター

はじめに

わが国の年金は支給に至るまでに、少なくとも25年を要するうえ、時効と申請主義に加え挙証責任という庇護があるため、「年金のぞき見事件」までは問題が表面化することは殆どなかった¹⁾。一方、医療はというと、とりわけ老人の医療は寸時に命にかかわるものであり、いつの時代にも敏感に反応する。

1970年代において、地方の老人医療の無料化²⁾は燎原の火のごとく全国に伝播し、瞬く間に各地で実施されたが、今回の後期高齢者医療制度（以下、新制度という）は、2007年7月の参議院選で反対の狼煙が上がり、2008年4月に施行されると、皮肉にも燎原の火のごとく全国を駆け巡った。しかも、この騒ぎにはマスメディアだけでなく、自民党の長老議員の発言³⁾も一役かっている。

新制度の評判は、伝統的な家族の絆を壊す、現代の姥捨て山だ、名前が機械的で冷たい⁴⁾、保険料が上がった、滞納すると保険証を取りあげられる、終末期の医療を制限し早く死ぬというものだ、等々、散々である。お世辞にもよいとはいえない。

こうした反発に政府・与党は、老人医療費を誰が負担をするのか、医療制度をどうするのかという本来の議論を棚上げし、保険料の軽減措置などを矢継早に打ち出した。内容としては、制度の根幹は維持するが、特に反発の強い事項や軽減措置で不十分などを見直すというものである。これに対し、野党は「廃止法案」を提出し、参議院で可決させている。

新制度については、既に各方面から論評がなされており、拙稿は屋上屋を重ねるものかも知れないが、個人と世帯の視点から検証を試みている。

ところで、新制度には幾つかの経過措置が設けられており、それが終了する2010年度を待たなければその全容は明らかにならない。しかし、間もなく衆議院の総選挙が行われるので、その結果次第では方向が大きく旋回することも想定される。拙稿の脱稿時と掲載時では状況が一変しているかもしれない⁵⁾。

1. 創設の経緯と混乱の背景

(1) 創設の経緯

1961年1月に新国民健康保険法が施行され、わが国の皆保険制度は確立するが、1960年代後半から地方では老人医療の無料化が単独事業として始められた。1973年4月、地方の後追いをする形で国が「老人医療費支給制度」を創設すると、地方は国の制度より年齢

を拡大したり、所得制限を緩和したりする、いわゆる「上乘せ事業」を実施した。

こうした国と地方の「制度の競争」は老人の受療を容易にする一方で、病院のサロン化、梯子受診、過剰診療などモラルハザードといわれる状況を生み出し、老人医療費は増嵩し、国民健康保険（以下、国保と略す）の財政は緊迫化の一途をたどった。そのため、政府は打開策として1983年2月に各保険者が共同で財源を拠出する「老人保健法」を施行し、一部負担金を導入する有料化⁶⁾へと踏み切ったが、今度は地方が一部負担金を補填し、事実上の無料化政策を存続させた⁷⁾。

このような国と地方の「一連の颯ごっこ」に、急激な高齢化が加わり、老人医療費は増嵩⁸⁾を続け、各医療保険の財政を圧迫させるだけでなく、老人保健制度の枠組み自体を危うくさせた。また、福祉施設の代替としての「社会的入院」は医療費に含まれており、その増嵩にも歯止めがかからなかった。

そうしたことから、政府は2000年4月に医療と介護を分離する「介護保険法」を施行するが、「介護保険できて介護なし」という批判を恐れ、民間活力の導入を謳い文句にハードルを下げ、様々な事業主体の参入を可能にした。民間企業の参入により供給部門が膨らみ、施行時の2000年度には3兆6千億円という介護総費用⁹⁾が発生し、2007年度予算では7兆3千億円となっている。一方、老人医療費は介護保険が実施された2000年度には若干減少をみせたものの、その後は11兆6千億円前後で推移している。医療費の削減という思惑は、医療と介護のトータルでみると、むしろ逆の結果となっている。

こうしたことを背景に、1998年頃から老人医療の抜本的な改革が検討され始め、2002年7月には新しい医療制度の創設に関する内容、手順、年次計画等が示された¹⁰⁾。その後も検討は続けられ、後期高齢者を既存の医療保険から切り離す方式¹¹⁾が採用され、根拠法となる「高齢者の医療の確保に関する法律」が2006年6月に成立し、2008年4月から施行されることになった。新制度の創設までに約10年を費やしている。

ところで、この法律は、1983年2月に施行された老人保健法（老人保健制度）を発展的に継承する改正法の体裁をとっているが、名称・内容は全面的に改められ、仕組みは一段と複雑になっている。そうしたことが影響したのか、成立から施行まで2年ほどの期間があったが、議論らしい議論はみられなかった。

しかし、前述の参議院選で政府・与党が敗北をする

と、急きょ保険料の凍結等が決定されたが、財源の確保などから作業が大幅に遅れ、国民への周知も不十分なものとなった。そうした中で新制度は実施に移され、現実のものとなると批判が続出した。

2004年度の税制改正¹²⁾において、高齢者の優遇税制が是正された時もかなりの混乱を招いたが、この時は1年ほどで収まった。いつもなら、時が経つと静かになる国であるが、今度ばかりはそうはいかない。

(2) 混乱の背景

新制度は老人保健制度を継承するとされているが、その狙いは、後期高齢者の負担を明確にし、医療費の適正化（削減）を図ることにある。そのため、被保険者の範囲、保険料、診療報酬体系などにおいて手が増えられ、一言でいえば、「入りを図り、出を抑える」という手法が採られている。

入りを図るために、被保険者となる75歳以上全員に保険料を課す「独立の保険」とし、運営は都道府県内を区域とする「広域連合」とし、そして財源の1割を「保険料」で賄うとしている。

また、出を抑えるために、終末期医療、退院の促進、担当医制などを新設し、前期高齢者の窓口負担が実質的に上がるようにしている。表1は、そういった今回の手法を保険料を中心に要点整理したものである。

ところで、新制度では、対象年齢と窓口での負担割合等を従来のままスライドさせている。後期高齢者が国保時代に納めていた保険料が、概ね医療給付費の1割にあたることから、保険料総額としては1割を引き継ぐこととし、マクロ的な整合性を保っている。保険料自体は、国保の水準に準拠し、さほど変わらないように設定し、新たに負担が生まれる被用者保険の被扶養者（約200万人）には予め激変緩和措置を、また低所得層には国保と同様の軽減措置を設けている。

政府としては、このような対策を事前に用意しており、仮に反発が起こっても散発的であると踏んでいたが、制度の根幹にかかわる保険システムや診療報酬上の問題などの詳細がマスメディアを通じ次々に明らかにされると、事態は政府の思惑とは異なる方向へと展開していった。

しかし巷では、こうした制度の根幹にかかわる議論より、むしろ直接生活に関わる現実的な話題、すなわち「保険料の増減」や「年金からの天引き」などに移り、反対世論を一層盛り上げた。

そういったことから拙稿では、こうした点の検証を進めるが、紙面の制約もあり、表1で網掛けをしている「入りを図る」部分を中心に論述する。

なお、表2は新制度の運営主体である広域連合の概要を記載したものである。

表1 新制度の手法とその影響

目的	手法	影響			
		老人医療費の削減 一皆保険制の維持	入りを図る	保険料	個人単位
広域連合	地域差の解消一統一基準一保険料の増減				
出を抑える	診療報酬	終末期医療、退院の促進、担当医制など			
	窓口負担	前期高齢者の自己負担の引上げ			

表2 地方公共団体の概要

普通地方公共団体	都道府県		【広域連合一地方自治法 第291条の4,5】 ・複数の地方公共団体が、その事務を広域にわたり処理するために設置する特別地方公共団体。 ・広域計画を作成し、事務の一部を総合的かつ計画的に処理。 ・普通地方公共団体の規定を基本的に準用。 ○ 議決機関一議会（議員） ○ 執行機関一長、選挙管理委員会等 ○ 補助機関一職員
	市町村		
特別地方公共団体	特別区		
	組合	一部・全部・役場事務	
		広域連合	
	財産区		
地方開発事業団			

(3) 老人保健制度と新制度の比較

整理したものが表3である。

論を進めるにあたり、まず老人保健制度と後期高齢者医療制度の内容を整理する。両制度の要点を比較、

表3 老人保健制度と後期高齢者医療制度の比較(概要)

制 度	老人保健制度	後 期 高 齢 者 医 療 制 度	
		内 容	備考(見直し事項→表4参照)
根 拠 法 (公布→施行)	・老人保健法 (1982.9→1983.2)	・高齢者の医療の確保に関する法律 (2006.6→2008.4)	・老人保健法を継承, 名称 内容を改正 ・通称→長寿医療制度
制度体系	・保険者間の共同事業 ・医療保険と老健に加入 (保険証+老健医療証→2枚)	・独立の保険制度(保険証→1枚)	・社会保険方式 ・保険原理と扶助原理
事 務	・法定受託(機関委任)事務	・自 治 事 務	・運営責任の明確化 ・広域化による財政運営の 安定化
運営主体	・市 町 村	・広域連合 (区域内の市町村全て加入)	
対 象 者	・75歳以上(65歳以上の一定 の障害者等)	・75歳以上(65歳以上の一定の障 害者等)→約1300万人	・被扶養者も加入→新たな 負担の発生
財源構成	・公費→5割(負担割合: 国 4/6, 県1/6, 市町村 1/6) ・保険者拠出金→5割	・保険料→1割 ・公費→5割(負担割合: 国4/6, 県 1/6, 市町村1/6) ・現役世代支援金→4割	・現役世代と高齢世代の負担 の明確化 ・保険料2年ごとに見直し →保険料と医療費のリンク
窓口負担	・1割(現役並3割)	・1割(現役並3割)	・現役並→判定単位を世帯 から個人に変更
保 険 料	・老人保健法には保険料の 規定はない ・加入している医療保険の 規定に基づき保険料を負担	・広域連合→各個人に保険料賦課 ・2方式→均等割+所得割 ・所得割→旧但し書方式	・保険料→区域内は統一基準 ・同一所得→同一保険料
		・市町村→保険料徴収, 窓口事務	・特別徴収→年金天引き
		・被用者保険の被扶養者→均等割 を2年間5割に減額(激変緩和) ・低所得→均等割7・5・2割減額	・激変緩和→後日見直し ・軽減分の財源→公費補填
		・医療給付の差し止め ・保険証→資格証明書(解禁)	・後日運用の見直し
医療給付	・市町村→医療費の支給等	・広域連合→医療費の支給等	・高額療養費→高額介護と合算
診療報酬	・老人特定入院基本料	・特定入院料, 包括定額制 ・終末期医療→終末期相談料 ・後期高齢者診療科→担当医制	・受診抑制 ・診療報酬体系

(注)70~74歳の窓口負担: 1割から2割への引上げは2008.4から1年間凍結→2009.4以降も継続

2. 見直し事項の推移

新制度は施行前から今日まで目まぐるしく動いている。政府・与党からは、保険料の凍結、軽減措置の拡充、口座振替の導入など次々と見直し事項が示され、そのうち一部は既に政令の改正や運用などで実施されている。表4は、当初の内容、参議院選後の2007年10

月に公表された軽減策、そして2008年6月の「高齢者医療の円滑な運営のための負担の軽減等について」の要点を整理したものである。なお、これらの実施には予算措置が講じられることが必要である。

表4 与党プロジェクトチーム（PT）による主な見直し事項の推移等の概要

事 項	当 初	2007.10 P T	2008.6.12 P T	その後
1. 保険料の軽減対策	・ 被扶養者 一均等割を 2年間5割減	・ 2008年度上半期 一保険料凍結 ・ 2008年度下半期 一5割減を9割減 (1割負担)	・ 被扶養者の保険料軽減措置の継続	・ 財源措置 一政府・与党の 責任で対処 ・ 2009年度 一9割減を継続
	・ 低所得世帯 一7・5・ 2割軽減		・ 均等割7割軽減 被保険者全員が年金収入80万円以下の世帯一現行7割減を9割に(2009年度も継続) ・ 年金収入で～211万円までの者一所得割額を50%程度軽減 ・ 広域連合で軽減率の変更も可能 ・ 個別減免一市町村の相談体制の整備	・ 2008年度 一経過的軽減対策 一7割を8.5割減
2. 保険料の徴収	・ 年金天引き (特別徴収)		・ 普通徴収可一納付が確実な者(口座振替の導入) ・ 肩代わり可一保険料の所得控除へ	・ 2008.7.22 政令改正 一口座振替対象の拡大実施
3. 終末期相談支援料			・ 2008.7から凍結一中医協で議論。速やかに必要措置をとる ・ 後期高齢者診療科 一中医協で速やかに検証作業	・ 特定入院基本料 一凍結
4. 制 度			・ 広域連合・市町村の役割・責任分担の明確化、一層の広報活動	
5. 自治体事業			・ 自治体独自の医療費助成等には自治体へ適切な対応を求める	
6. 配慮事項			・ 十分な説明、保険証など見易い印字	
7. 資格証明書	・ 75歳以上も適用対象		・ 悪質な者に限り適用 ・ それ以外一従前通りの運用の徹底	
※今後の検討課題			・ 保険料の軽減判定の個人単位化 ・ 特別徴収(年金18万)の引上げ ・ 都道府県の関与のあり方	・ 5年後の見直し 一前倒し

(注)70～74歳の窓口負担：1割から2割への引上げは2008.4から1年間凍結→2009.4以降も継続

3. 新制度の保険料

新制度で大きく取り上げられている事項は「保険料」に関することである。とりわけ巷では、①新たに保険料の負担が発生する、②保険料が変動（増減）する、の2点が主な関心事となっている。以下では、こういった点を中心にみる。

(1) 新たな保険料の負担

新制度へ移行する75歳以上の高齢者は、①被用者保険の本人 ②被用者保険の被扶養者 ③国保の世帯主 ④国保の家族であるが、それぞれ（各個人）が新制度では保険料を負担することになる。

政府は、①・③は、これまでも被用者保険あるいは国保で保険料を負担しており、新たに負担が発生するものではない。④については、所得の多寡にかかわらず、少なくとも国保では均等割が課されており、これも新たな負担ではない（①・③・④について、政府は「保険料の切換え」と表現¹³⁾）。②の場合は、被用者保険の被扶養者であり、これまで保険料の負担がなかったため、新たな負担が発生するとしている¹⁴⁾。

後期高齢者の約8割は国保に加入しており、本人に所得がない場合でも均等割を負担しているため、新制度の趣旨や他の加入者との均衡から②の場合も負担は当然である、ということが政府の見解である。しかし、当面は激変緩和措置を実施し、また、低所得層には国

保と同様、世帯の所得水準に応じ均等割の7、5、2割を軽減するとしている。

こうした前提のもとで、政府は、全国の市町村の約8割が採用している「4方式」で新制度の保険料の試算を行い、「全国平均で比較した場合、基礎年金や平均的な厚生年金だけで生活している方は、負担が軽減されます。一般的には、低所得者では負担が軽減され、高所得者では負担が増える傾向があります」と説明¹⁵⁾をしたが、いざ蓋を開けてみると、保険料が上がったとの声が多く、急きょ再調査を行う破目になった。

政府が当初行った4方式は、世帯別でみると全国の世帯の44%に過ぎなかったため、他の3・2方式を含めて再試算を行ったところ、「全体で69%が下がるもの、高所得世帯ほど下がった割合が高く、低所得世帯ほど下がった割合が低い」という結果¹⁶⁾があらわれた。政府としては、保険料の変動予測が実態と違っていたことを認めざるを得なくなった。

この辺の事情については次の3(2)で述べるが、新制度の保険料は、国保の保険料の算定方式に準拠しているものの、両者の間には微妙な相違点があり、しかも今回の保険料の試算では国保の賦課方式の中から都合のよい方式を選んで行ったため、実態と異なる結果を招いてしまった。こういった不手際が、新制度に不快感を募らせていた後期高齢者には強く印象づけられ、より制度不信へ繋がって行ったといえよう。

表5 国保と新制度の保険料算定方式の比較（概要）

区分	国保（各市町村の実情に合わせ選択可能）					新制度（全国）	
	賦課割合	4方式	3方式	2方式	賦課方式（5通り）	賦課割合	賦課方式
応能	所得割	40%	50%	50%	市県民税・市民税・市民税所得割・本文・旧但し書	50%	旧但し書
	資産割	10%					
応益	均等割	35%	35%	50%		50%	
	平等割	15%	15%				

表6 所得のとらえ方（収入と所得の関係）

単位：(万円)

収入 (給与・ 公的年金)	必要経費	地方税法		所得税法
	所得 ※所得＝収入－ 必要経費 (給与所得控除・ 公的年金等 控除)	基礎控除 (33)	基礎控除 (33)	基礎控除 (38)
		旧但し書方式の所得額 (A)	配偶者控除 (33) 扶養控除 (33) 社会保険料・その他控除	配偶者控除 (38) 扶養控除 (38) 社会保険料・その他控除
		本文方式の所得額 (B)		所得税法上の所得額

(2) 保険料の変動(増減)

ア. 算定方式

国保の場合、市町村が保険者であり、その運営に必要な財源の一定部分を保険料で賄っている。各市町村は政令の基準に従い、住民の就業構成、所得・資産状況、地方税の課税状況、医療費などを総合的に勘案し保険料の決定を行っている。この場合、保険料の算定方式は市町村独自で決めているので、当然、保険料は市町村ごとで異なっている。

表5は国保と新制度における保険料の算定方式の概要を示したものである。国保の場合、市町村は自らの判断で、4方式・3方式・2方式の中から実情に合った賦課割合を選び、また、所得割については5通りの賦課方式の中から適宜選択している¹⁷⁾。

一方、新制度では、広域連合が国保の保険料の賦課基準を参考として基本的な枠組みを設定するが、保険料の算定方式としては、「2方式」と「旧但し書方式」を採用することになっている(表5参照)。

旧但し書方式による所得(A)は、例えば公的年金を例にとると、まず年金収入から公的年金等控除分を差し引き、そのあと基礎控除を控除した額を所得額とするが、本文方式の所得(B)の場合は、この額からさらに各種控除を控除した額を所得額とする(表6参照)。保険料の所得割は所得額に料率を乗じて得るので、どちらの方式を選択するかにより所得割額にかなりの差が生まれる。

政府は、新制度において旧但し書方式を採用した理由として、後期高齢者の所得は公的年金が中心で、それほど所得に開きがないこと、また税制変更の影響を受け難いことをあげている。しかし、国保で本文方式を採っていた市町村は、新制度では旧但し書方式になるため、所得割額の算出基礎になる所得額自体が高くなり、保険料は以前に比べ上がることになる。今回の混乱の一端はここにある。

イ. 広域連合

広域連合の概要については前掲の表2で示した。この方式は、広域化を図ることにより、過疎等で人口が減少し財源的に破綻しかかっている市町村を救済する手法として、その意義は認められるが、今回の保険料の変動(増減)は、広域連合による基準の一元化(統一化)から生まれている。

政府は当初、新制度の運営を国保と同じように市町

村単位で行うことを模索したが、国保財政の厳しさを実感している市町村は、国保の二の舞を恐れ強く反発した。その結果、妥協の産物として、都道府県内の市町村が全て加入し、その区域内を同一条件のもとで運営する「広域連合」という地方自治法上の組織とすることで決着をみた。

都道府県内には、通常、数十の市町村があるが、これらは地方自治法に基づく公法人であり、住民に必要な事務・事業を実施している。国保もその事業の一つであり、保険者として運営を行っている。

新制度では、広域連合が保険料の決定及び賦課を行うことになっており、保険料は国保の賦課方式に準拠するものの、都道府県の医療費の水準を反映し、区域内は同一基準に基づいて決定される。つまり、区域内では同じ所得なら保険料も同じ(均一保険料)になる。しかも、この保険料は医療費にリンクするように設定されているため、医療費に充てる財源に不足が生じるような場合は、2年ごとに保険料を見直すことができる。そうしたことから、将来的に保険料が際限なく上がる可能性があるとの批判も強い。

ウ. 地方単独事業等

保険料が変動(増減)する他の要因としては、市町村の単独事業等の実施があげられる。市町村の一部において、単独事業で国保保険料を条例で減免したり、医療費助成を行ったり、また国保会計へ一般会計からの多額の繰入を行ったりしているところがある。こういった市町村では、結果的に保険料が低く抑えられていたが、新制度では広域連合の区域内は同一基準で行われるため、これらの単独事業は基本的に打ち切られ、その分が保険料に跳ね返った。

このように、保険料の変動(増減)は、数十の算定方式の一つに収斂させたことや単独事業の実施など、様々な要因が絡み合った結果から生まれたものである。広域連合内を同一基準、同一内容で行うという制度上の要請から起こるべくして起こったものである。

4. 新制度における個人と世帯

3.では新たな保険料の負担、保険料の変動(増減)について述べたが、4では、この根底にあるものをみる。

(1) 世帯から個人への流れ

新制度では従来のように世帯を基本とするのではなく、個人を基本に据え制度設計が行われている。75歳

に達した者は、従来加入している医療保険から新制度へ移行するので、世帯という枠から解放される。

しかし、これまでのわが国では、社会保障や福祉に関わる施策では世帯を単位として仕組みが設定されている。例えば、公的扶助をみると、生活保護法第10条では「保護は、世帯を単位としてその要否および程度を定めるものとする。但し、これによりがたいときは、個人を単位として定めることができる」と規定している¹⁸⁾。

こうした「世帯」を基本におく仕組みは、わが国の貧しさも手伝い、かつては当然のこととして受け入れられてきたが、高度経済成長の過程で世帯が分解・縮小し、家庭の機能が変わっていき、時代の変化を意識した考え方がみられるようになった。

1995年7月の社会保障制度審議会による95年勧告（隅谷三喜男会長）、「社会保障体制の再構築（勧告）～安心して暮らせる21世紀の社会を目指して～」では、個人と世帯について「現在の社会保障制度には、妻を夫の被扶養者と位置づけるような、従来の女性の役割を反映した仕組みが残されているが、このような仕組みについても真に男女平等への視点に立って見直していかなければならない。その意味で、社会保障制度を世帯単位から個人単位に切り替えることが望ましい」という提言を行っている。

また、2007年度の政府税調の答申をみても「一人ひとりのライフスタイルの選択を税制ができる限り阻害しないことが重要」という方向で進められており、ここでも個人単位の流れを読み取ることができる。しかし、この中には配偶者控除、扶養控除などの見直しによる財源確保の思惑が込められている。

(2) 個人と世帯の混在

新制度において、保険料の賦課では個人単位の原則が貫かれ、軽減措置も個人単位で行われている。前掲の95年勧告が提言している「個人単位化の流れ」という趣旨に沿っており、勧告の考え方を具現化しているといえよう。前述の旧但し書方式も、本人の基礎控除のみを考慮し、家族・世帯という要素から発生する控除を除外しており、個人単位化の流れに沿っているという見方もできる。

しかし、こうした流れも「軽減判定の段階」になると、突如「世帯単位」に置き換えられ、世帯という概念が復活してくる。新制度では、保険料の軽減判定は世帯主と後期高齢者（被保険者）の所得を合算して行

うとされている。

政府は、「高齢者の大半が住民税非課税者であることや、社会実態として生計の単位が世帯単位であることを考慮すれば、世帯単位が適当である¹⁹⁾」としているが、世帯単位（世帯合算）というものは、世帯主の所得の種類によって、仮に同居者が低所得の場合であっても軽減対象から外れることが頻繁に起きる。つまり、世帯単位は単身者や所得が低位に把握される自営層に有利に働くので、そういったことから核家族化を助長させるという批判も根強い。

この点について「軽減判定が世帯単位のため、世帯分離を促進するのではないか」という意見もありますが、親子の同居や別居などの生活形態については、子供の就労場所、家族形態、親や子どもの希望など様々な事情により決まってくるものであり、今回の仕組みが親子の別居を推進するとは考えていません。なお、各世帯における『居住』や『生計維持関係』に照らし、社会実態として世帯が分離している場合には、本制度においても世帯を分離する扱いとなる²⁰⁾と述べている。つまり、同居・別居は家族間の問題であり、状況によっては世帯分離も認めているので何ら問題はないということであろう。

しかし、「社会実態として生計の単位が世帯単位」としながら、こうも簡単に家庭の問題と突き放し、仮に問題が起これば世帯分離を行えばよいという安易な発想・姿勢には些か疑問が残る。というのは、今日では、生計維持関係を明確に把握できるような環境は既に消失しており、外形上から判断しなければならない。主観と客観を都合よく使い分ける手法は現場での混乱を招くだけであり、現実において通用する論理とは思われない。

今回の制度設計がこのような感性、感覚で行われたことが、混乱を招いた一因であろう。世帯単位をとる本当の理由は、国保や介護保険の軽減措置で世帯を単位としているため、これらへの波及を恐れてのことであり、財源を確保するための言い訳に過ぎない。世帯単位には、「親と同居している孝行息子・娘のいる世帯」を施策の適用から外す仕組みとして機能しており、ここには冷ややかな現実が潜んでいる。2008年6月の与党のPTが、今後の検討課題（前掲の表4参照）として、「保険料の軽減判定の個人単位化」を掲げていることがまだ救いである。

(3) 世帯単位の公平性

世帯単位の問題点は、一言でいえば、世帯構成、職種、収入形態により、個人単位と比べると軽減判定に大きな偏り（格差）が生まれるということである。

繰り返すが、例えば、世帯主（子）が現役世代のフルタイムの給与所得者で、親が新制度の被保険者である場合、仮に親の所得が通常の軽減対象の範囲内であっても、子の所得により、殆どが軽減対象から外れる。一方、自営業や農業などの事業所得の場合は、税制上の申告システムから所得が低位に捕捉され、経験的にみても殆どが軽減対象となる（これらの世帯では、所得が低位にしか把握されないのので、判定の単位が個人でも世帯でも結果は同じことになる）。

表7は均等割の軽減対象となる所得の限度額を示したものであるが、この表から給与所得の場合は容易に限度額を超えてしまうことが読み取れよう。

表7 均等割の軽減対象となる所得額 2人世帯

区 分 (公的年金の欄 一高齢者2人世帯)			軽減割合 (万円)		
			7割 (33)	5割 (57.5)	2割 (103)
公的 年金	所得	0	33	57.5	103
	収入換算	135	168	192.5	238
給与 所得	所得	0	33	57.5	103
	収入換算	65	98	122.5	168

注1. 7割軽減一世帯内の総所得金額が年間33万
5割軽減一世帯内の総所得金額が年間33万+24.5万
×世帯の被保険者数(世帯主除く)
2割軽減一世帯内の総所得金額が年間33万+35万
×世帯の被保険者数

注2. 以下の数値の単位は万円。
135=120(公的年金等控除)+15(高齢者特別控除)、
168=120+15+33(基礎控除)、192.5=120+15+33
+24.5(被保険者-1)、238=120+15+33+35×
2(被保険者-2)

注3. 給与所得の収入換算は給与所得控除の65万を加算。

では、こうしたことが起きる理由であるが、国保はもともと農業者や自営業者を想定して創設された制度であり、彼らの所得は、わが国の税制上(申告制)から低位にしか把握されないため、基準自体が予め低く(概ね非課税限度を目安に)設定されている。こうした低い基準を、所得がほぼ確実に捕捉される給与所得者に機械的に当てはめるため、結果的に公平性に欠ける事態が生まれるのである。

こうした世帯単位の問題点については、以前からも

指摘²¹⁾されているが、政府としては税制上の欠陥を公に認めるわけにもいかないし、また個人単位に切り替えると負担増に繋がりがかねないので、これまで無視を決め込んできた。しかし、今度ばかりは公平面から問題があることが高齢者の眼にも留まり、制度批判に発展した。一つの制度において、ある時は個人、またある時は世帯という使い分けは「ご都合主義」と批判されても致し方ないだろう。

5. まとめ

新制度は施行前から波乱のスタートとなった。世論の動向と政局を睨みながら、保険料の凍結等の措置(前掲の表4参照)がとられたが、その波は今のところ一向に収まる気配はない。それどころか、今回の凍結等にかかる総費用は4200億円を超えるといわれ、政府の当初の目論みは遠のくばかりである。

新制度の混乱については、本稿のなかでも随所で触れているが、あえて数点を挙げておく。

まず、国会で審議をしていた政治家本人が憚りも無く、制度がよくわからないと公言しているように、新制度の仕組み自体が実務担当者でも悩むほど複雑になっていることである。

また、選挙での敗北から朝令暮改的に制度変更を行ったことである。そのため、地方では準備作業が遅れ、結果的に広報上の不手際や保険証の遅配などを招いた。しかも、保険料の増減や年金天引きなどにおける政府説明の拙さも手伝い、地方はその弁明に多く労力を費やし、それが作業を一層停滞させ、度重なる不手際を招いてしまったことである。

さらに、個人と世帯の使い分けなども、高齢者に一層の不公平感を抱かせる要因となった。

こうしたことが絡み合い、新制度自体はかなり精密に創りあげられているにもかかわらず、安心して地域で医療が受けられるという実感が抱かれなく、「欠陥商品」と見做されてしまったことである。

今回の制度設計には、男女共同参画の洗礼をうけた世代があたっている。彼らの眼には、後期高齢者も行く行くは一人になり、家族制度も事実上崩壊しており、制度の基本を個人に置くことに何ら問題はないと映ったのであろう。しかし、こういった感性は、今日の高齢世代には受け入れられず、必要な改革という認識は持たれなかった。若き世代の論理は、高齢世代の感情を逆撫でし、「彼らの感情の前に改革の夢は潰え去った」といったところであろう。

ところで、新制度の実施に際しては広域連合が設立され、多額の初期投資が行われ、電算システムも稼働し、既に1300万人以上の後期高齢者がこの制度に基づく医療を受けている。今回の制度では、高齢者の心理・心情への配慮が欠けていたことはいまでもないが、制度の大半は従来のもを引き継いでおり、制度自体も一応円滑に機能し、医療に関しては現在のところ大きな混乱は起きていない。こういった現状の中で野党のいうように元に戻すことは容易なことではない。

政府・与党の「抜本的見直し」、厚労相の「私案」、また野党の「廃止」も、結局のところ、政局を睨み世間受けを狙ったものに過ぎない。むしろ、こういった拙速な対応が問題をより大きくするであろう。

おわりに

社会保障の諸制度は、あくまで、人々の幸せを高めるための「手段」に過ぎない。今回の新制度も手段である以上、本当に問題があるならばその部分を速やかに改めることである。例えば、前述の「世帯単位」などはその一例であり、果敢に見直すことが求められよう。

今回の改革は、後期高齢者の絶対数の増加（自然増）を見据えたものであり、実際は高齢世代より団塊の世代以下をターゲットにした厳しい給付抑制策である。むしろ現役世代により厳しいものといえる。高齢世代としても、ある程度の負担を受け入れ、現役世代を疲弊させないことも与えられた役割であろう。両世代が応分の痛みを分かち合い、皆保険制度を維持していくことが重要である。「目先の損得」や「場当たりの対応」でなく、「超高齢社会という現実」の前に、創設までの経緯や議論を踏まえ、今一度、この制度の根幹に流れている理念や骨組みと冷静に向き合うことが必要であろう。

(注)

- 1) 年金制度では時効は2年若しくは5年。本人申請、不服申立の举证責任は本人という規定があるため、申立ての殆どが門前払いとなり、問題が表面化することは稀であった。
- 2) ・西川義明、名古屋市老人の医療費の助成に関する条例、増刊ジュリスト 新条例百選、有斐閣、136-137、(1992)を参照。
・小林成隆・西川義明、地方単独事業としての医療助成の終焉と新たな動き、名古屋文理大学紀要、

第8号、17-27、(2008)を参照。

- 3) 塩川正十郎、堀内光雄、中曽根康弘氏などのコメント。
- 4) 名称の変更は法改正を要するので、政府は「長寿医療制度」という愛称で対応している。
- 5) 2009.9時点で、こうした兆候は既に表れている。麻生首相は、9.29の所信表明の中で、「後期高齢者医療制度をなくせば問題が解決するものではない。高齢者に納得していただけるよう、1年を目途に必要な見直しを検討する」との考えを示した。また、舛添厚労相は、市町村国保を都道府県単位とし、後期高齢者医療制度と統合する「県民健康保険」という私案を明らかにした。唐突で、選挙のための「その場しのぎ」の感がする。
- 6) 前掲の(注2)を参照。
- 7) ・1982.10.8 衛老第3号通知の一部抜粋
「…従来、多くの都道府県又は市町村が独自の判断で行っている年齢の引き下げ又は所得制限の緩和等による老人医療に関するいわゆる単独事業あるいは上乘せ福祉については、老人保健法の趣旨、内容を十分ご理解の上、本法との整合性、単独事業による医療保険財政や国及び他の地方公共団体の財政に対する影響等を十分配慮しつつ、その存続の必要性等について再検討し、本法実施までに適切な対応をされたい」
・1983.1.24 衛老計第4号通知の一部抜粋
「…各地方公共団体において……(本法で)定める範囲を超えて一部負担金を減免する結果となるような措置を講じることは機関委任事務たる老人保健法による医療の適正な執行を妨げる……厳に慎むよう…」
- 8) 老人医療費支給制度が発足した1973年度の老人医療費は4,289億円であったが、老人保健法施行の1983年度は33,185億円で、10年間で著しく増嵩している。10年後の1993年度は74,511億円。介護保険が実施された2000年度は111,997億円、翌2001年度は116,560億円、2006年度は115,763億円となっている(資料：厚生労働省「老人医療事業年報」)。
- 9) 介護保険には、家族制度の崩壊による介護力不足、福祉産業による雇用創設という側面もあるが、サブライサイドの政策により、小規模施設など供給面の充実が図られ、予想以上に介護費用が膨らんでいる。

- 10) 2002.7.26健康保険法等の一部を改正する法律の附則第2条第2号（平成14年法律第102号）。
- 11) 検討過程では、独立保険方式、突き抜け方式、一本化方式などが論議されたが、結局「独立保険方式」に落ち着いた。
- 12) 2004年度の税制改正における高齢者関係の主な改正点は、公的年金等控除の縮減と65歳以上の住民税の非課税措置の廃止である。この改正により住民税の課税最低限が引下げられ、低所得者（非課税者）とされる範囲が大幅に狭められた。その結果、軽減措置の対象者が激減し、政府は何ら対応をとることなく経費の削減を図ることができた。
・小林成隆・西川義明、2004年度の税制改正が福祉に及ぼす影響、名古屋文理大学紀要、第7号、33-43、(2007)を参照。
- 13) 政府は保険料の発生でなく「切換え」と表現している。国保では被扶養者という概念がなく、家族全員が世帯を単位として加入しており、少なくとも各人には均等割が課されている。保険料は世帯で合算され、世帯主がまとめて支払う（納付義務）仕組みになっている。
- 14) 新制度では被用者保険の被扶養者にも保険料が課されることになったが、一方、国民年金の第3号被保険者（第2号被保険者の被扶養配偶者）については現在、検討も方向性も示されていない。
- 15) 厚生労働省 2008.4.4説明資料。
- 16) 厚生労働省 2008.6.10公表。
- 17) 国民健康保険法施行令第29条の7等を参照。
- 18) わが国における個人と世帯の扱いをみると、分野や制度により微妙に異なっている。例えば、税の分野では基本的に個人を課税の単位としているが、税額の算出にあたっての所得控除において、配偶者控除・扶養控除など家族といった世帯の要素をとり入れている。
社会保険の分野では、国民健康保険は加入・賦課は世帯を単位としているが、給付は個人を単位としている。減額措置においては世帯を単位としている。国民年金では個人を単位としているが、保険料の免除においては世帯の要素と取り入れている。
また、福祉の分野では、ほとんどの施策で世帯を単位としている。救貧、援助的色彩が濃い施策ほど世帯を単位としている。

このように扱いが一定していないのは、社会保

険（普遍主義）の中に援助施策（選別主義）を無理やり融け込ませているからであり、こうしたことが仕組みを一段と複雑にし、混乱を招く一因になっている。

- 19) 週刊社会保障、57、法研、2424、(2007)。
- 20) 週刊社会保障、57、法研、2424、(2007)。
- 21) ・小林成隆・西川義明、2004年度の税制改正が福祉に及ぼす影響、名古屋文理大学紀要、第7号、33-43、(2007)を参照。
・西川義明、社会保障における施策の適用基準をめぐって～高齢者のいる世帯の所得分析を通じた適用基準「市町村住民税非課税世帯」の検証～、名古屋市立大学大学院経済学研究科修士論文及びその要旨集（No.8-1998）、66-70、(1998)を参照。

（参考文献等）

- ・大城純男、改訂 新地方自治法・公務員法、東京法令出版、(2002)
- ・小塩隆士、人口減少時代の社会保障改革、日本経済新聞社、(2005)
- ・坂田期雄、地方制度の構造と実態、ぎょうせい、(1985)
- ・土佐和夫、後期高齢者医療制度の基礎知識、週刊社会保障、法研、2415～2434、(2007)
- ・広井良典、医療の経済学、日本経済新聞社、(1994)
- ・結城博康、入門 長寿（後期高齢者）医療制度、ぎょうせい、(2008)
- ・吉原健二、老人保健法の解説、中央法規出版、(1983)
- ・高齢者医療制度研究会、新たな高齢者医療制度、中央法規、(2006)
- ・厚生白書、2000年版、ぎょうせい、(2000)
- ・厚生労働白書、2007年版、ぎょうせい、(2007)

